

TLAXCALA, TLAX., A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2024. HORA INICIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_:\_\_\_\_

DATOS DE USUARIO	USUARIO (A): _____ EDAD: _____ FECHA DE NAC.: _____ LUGAR DE NAC.: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____ _____ MUNICIPIO: _____ TELÉFONO: _____		
TIPO DE ASESORIA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	JURÍDICA PSICOLOGÍA TRABAJO SOCIAL	( ) ( ) ( )
ASUNTO:	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	PENSIÓN ALIMENTICIA VIOLENCIA FAMILIAR DIVORCIO CUSTODIA P. P. POTESTAD ADOPCIÓN ABANDONO INFORMES DE MENORES ALB. OTROS TRÁMITES	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
DISCAPACIDAD	VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )		
ADULTOS MAYORES (65 AÑOS)	NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____		
MALTRATO INFANTIL	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	FÍSICO PSICOLÓGICO EMOCIONAL SEXUAL OTROS	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
DATOS:	CÓNYUGE ( )      CONCUBINO(A) ( )      OTRO ( ) NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____ _____ MUNICIPIO: _____		

<b>HIJOS (AS):</b>	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
<b>ESCOLARIDAD :</b>	ESTUDIAN SI ( ) NO ( ) PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )
<b>ESCUELA :</b>	SI SABE LA ESCUELA DE LOS MENORES QUE REPORTAN, PROPORCIONAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA _____ _____ _____
<b>CITATORIO :</b>	<b>FECHA:</b> _____ <b>HORA:</b> _____
<b>CANALIZACIÓN :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____ <input checked="" type="checkbox"/> INTERNA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNA: _____
<b>OBSERVACIONES :</b>	_____ _____ _____ _____ _____
<b>NOTA</b>	<b>RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN</b> SI ( ) NO ( ) <b>SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:</b> _____ _____
<b>DATOS PERSONALES</b>	<p style="text-align: center;"><b>SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO</b></p> <p>Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nombre del beneficiario,</li> <li>• Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,</li> <li>• El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y</li> <li>• El monto recibido.</li> </ul> <p>Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.</p> <p><b>*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI ( ) NO ( )</b></p>
<b>FIRMA</b>	<b>FIRMA DEL USUARIO (A):</b> _____ <b>ATENDIÓ:</b> _____